



SOLICITUD



Por favor use las instrucciones para completar esta solicitud. Escriba claramente en letra de molde. Use tinta negra o azul únicamente.

SECCIÓN 1: Incluya la información sobre la persona que solicita inscribir al niño, la mujer embarazada, el niño que está por nacer, o que desea inscribirse.

CORTE AQUÍ

1 APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	2 FECHA DE NACIMIENTO MES / DÍA / AÑO
3 DIRECCIÓN (NÚMERO Y CALLE). NO UTILICE UN APARTADO POSTAL			4 N° DE APARTAMENTO
5 N° DE TELÉFONO RESIDENCIAL ()	6 CIUDAD	7 CONDADO	8 CÓDIGO POSTAL
9 N° DE TELÉFONO DEL LUGAR DE TRABAJO ()	10 DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA ANTERIOR) O APARTADO POSTAL		11 N° DE APARTAMENTO
12 N° DE TELÉFONO PARA MENSAJES ()	13 CIUDAD		14 CÓDIGO POSTAL
15A ¿QUÉ IDIOMA HABLA MEJOR?		15B ¿EN QUÉ IDIOMA LEE MEJOR?	

16 Inscribiremos al niño o a la mujer embarazada en el programa para el cual califiquen. Si usted no quiere que se le inscriba en uno de esos programas, marque los cuadros que están a continuación.

NO DESEO INSCRIBIRME EN: **Healthy Families:** No mande las actas de nacimiento. No complete la página de Healthy Families.
 Medi-Cal

SECCIÓN 2: Incluya la información sobre los niños menores de 19 años y/o la mujer embarazada que desean recibir cobertura de salud.



Marque el cuadro si es niño por nacer

17 Nombre:	Apellido					
	Nombre					
	Segundo nombre					
18 Nombre en el acta de nacimiento: <i>(Si es igual al 17, déjelo en blanco.)</i>	Apellido					
	Nombre					
	Segundo nombre					
19 Si la dirección del niño no es la misma que en la sección 1, pregunta 3, ponga la dirección completa:						
20 Relación con la persona de la sección 1:						
21 Género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino					
22 Fecha de nacimiento:	mes / día / año					
23 Lugar de nacimiento: Condado y estado o país si no nació en Estados Unidos.						
24 Código étnico: <i>(Vea el N° 24 de las instrucciones)</i>						
25 ¿Ciudadano de Estados Unidos o nacional? Si no lo es, por favor incluya la fecha de entrada a Estados Unidos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	mes / día / año					
26 N° de Seguro Social:						

Los números de Seguro Social no se requieren para Healthy Families ni para las personas que sólo desean recibir Medi-Cal para emergencias o atención médica relacionada con el embarazo.

CORTE AQUÍ

**SECCIÓN 2
(continuación)**

Niño 1 o niño por nacer	Niño 2	Niño 3	Niño 4	Mujer embarazada
-------------------------	--------	--------	--------	------------------

Marque el cuadro si es niño por nacer

27	Nombre de la madre:	Apellido					
		Nombre					
	¿La madre vive en el hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
28	Nombre del padre:	Apellido					
		Nombre					
	¿El padre vive en el hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
29	Nombre del cónyuge del adolescente o del esposo de la mujer embarazada (si vive en el hogar)						
30	¿Alguna de las personas para la que se solicitan beneficios recibe Medi-Cal sin costo ? Si la respuesta es Sí dé la fecha en que terminará/terminó la cobertura.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
		mes / día / año					
31	¿La mujer embarazada y/o los niños tienen otro seguro médico, dental o de la vista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
32	¿Alguno de los niños ha tenido cobertura de salud a través de un empleador durante los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	Si la respuesta es Sí, marque la razón principal por qué la cobertura de salud terminó y la fecha.	<input type="checkbox"/> Pérdida de empleo <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible <input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Otra _____ _____ mes / día / año	<input type="checkbox"/> Pérdida de empleo <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible <input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Otra _____ _____ mes / día / año	<input type="checkbox"/> Pérdida de empleo <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible <input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Otra _____ _____ mes / día / año	<input type="checkbox"/> Pérdida de empleo <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible <input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Otra _____ _____ mes / día / año	<input type="checkbox"/> Pérdida de empleo <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible <input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Otra _____ _____ mes / día / año	<input type="checkbox"/> Pérdida de empleo <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible <input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Otra _____ _____ mes / día / año

SECCIÓN 3: Miembros de la familia que viven en el hogar. El número de miembros en la familia se toma en cuenta para determinar para qué programa son elegibles sus niños.

33 Escriba los nombres de los demás niños menores de 21 años que viven en el hogar que no figuran en la sección 2. Indique la relación de éstos con la persona que figura en la sección 1, pregunta 1.

APELLIDO, NOMBRE	RELACIÓN	APELLIDO, NOMBRE	RELACIÓN
APELLIDO, NOMBRE	RELACIÓN	APELLIDO, NOMBRE	RELACIÓN

34 ¿Alguna de las mujeres de su familia que viven en el hogar está embarazada? Sí No

Si la respuesta es Sí, quién y cuándo espera dar a luz: _____ Fecha _____

35 Escriba los nombres de los padrastros/madrastras que viven en el hogar que no haya incluido en la solicitud: _____
APELLIDO, NOMBRE

36 ¿Cualquiera de las personas nombradas en esta sección o alguno de los padres que figuran en la sección 2 desean obtener **Medi-Cal**? Sí No



Si piensa que califica para **Healthy Families** y desea escoger su plan de salud, dental y de la vista ahora, llene esta página. Si no, nos comunicaremos con usted más adelante para pedirle esta información. Consulte su **Manual de Healthy Families** para más información o visite nuestra página en la web: www.healthyfamilies.ca.gov.

SECCIÓN A: Elección del plan de salud, dental y de la vista.

56 Plan de salud/código	57 Plan dental/código	58 Plan para la vista/código	
59 Nombre del doctor/clínica <i>(opcional)</i>	60 Código del doctor/clínica <i>(opcional)</i>	61 Nombre del dentista/clínica <i>(opcional)</i>	62 Código del dentista/clínica <i>(opcional)</i>

SECCIÓN B: Proyecto de demostración.

63 Si pertenece a uno de estos grupos, le ofrecemos una nueva combinación de plan de salud, dental y de la vista disponible en todo el estado. Puede escoger esta nueva combinación y escribir el código en el cuadro siguiente. Consulte el **Manual de Healthy Families** sobre el código de combinación de planes. Marque todos los cuadros que correspondan.

Indígena Americano Empleado en los siguientes trabajos de temporada o migratorios:
 Agricultura Forestal Pesca

Código de combinación de planes

SECCIÓN C: Declaraciones de Healthy Families.

Declaro que cada persona para la que solicito beneficios:

- Reside en California.
- No está en la cárcel ni en un hospital de salud mental.
- No es elegible para Medicare Parte A y Parte B.
- No es miembro de una familia que es elegible para recibir beneficios médicos a través del Programa(s) de Atención Médica del Sistema de Retiro para Empleados Públicos de California.

Asimismo declaro que:

- Todas las personas que figuran en esta solicitud cumplirán con las normas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de los planes participantes en los que estén inscritos.
- He leído y comprendo el **Manual de Healthy Families**, comprendo lo que dice sobre cada plan de salud, dental y de la vista, y los beneficios que estos ofrecen.

- Solicito inscribir a aquellos de mis hijos que sean elegibles para **Healthy Families**, a menos que ya estén inscritos, o tengo 18 años o soy menor de edad y solicito inscribirme.
- Me comprometo a pagar seis pagos mensuales. Si no hago estos pagos, se anulará mi inscripción en el programa y no podré participar por 6 meses. Deberé pagar por cualquier servicio de **Healthy Families** que reciba en el mes después de que mi cobertura termine.
- Autorizo al Programa **Healthy Families** a que verifique los ingresos de mi familia, la cobertura de salud, el estado inmigratorio de las personas para quienes hago la solicitud y toda la demás información en esta solicitud.
- Declaro que notificaré al programa dentro de un plazo de 30 días sobre cualquier cambio de dirección de cualquiera de las personas a las que solicito inscribir que sean aceptadas en el programa, y sobre cualquier cambio en la dirección del solicitante a quien se deben mandar los cobros.

SECCIÓN D: Aviso sobre la privacidad.

La Ley de Prácticas de Información de 1977 y la Ley Federal sobre Privacidad requieren que el Programa **Healthy Families** informe lo siguiente a las personas a quienes **Healthy Families** les solicita información:

La información personal y médica se solicita sólo para la identificación del suscriptor y la administración del programa. Las normas del programa requieren, en el Título 10, CCR, Artículo 2699.6600, que toda persona proporcione cierta información cuando solicite inscribirse en el Programa **Healthy Families**. La información sobre el suscriptor podrá ser compartida con agencias locales y del estado que participen en la administración de programas de cuidados de salud. La información sobre las personas que no se inscriban (incluyendo el estado inmigratorio), se utilizará sólo para determinar la elegibilidad y para la administración del programa. El no dar esta información puede causar que la solicitud sea devuelta por estar incompleta. No es obligatorio incluir la siguiente información en la solicitud: número de Seguro Social, información étnica (a menos que el suscriptor sea Indígena Americano) y cualquier otra pregunta que diga voluntaria u opcional. Una persona tiene derecho de acceso a los archivos con su información personal que se encuentran en poder de la Junta Directiva de Seguros Médicos de Riesgos Mayores (Managed Risk Medical Insurance Board). El funcionario a cargo de la información es el Director Adjunto de Elegibilidad e Inscripción (Deputy Director of Eligibility and Enrollment), Junta Directiva de Seguros Médicos de Riesgos Mayores, 1000 G Street, Oficina 450, Sacramento, California 95814, (916) 324-4695.

SECCIÓN E: Resolución de disputas.

Al inscribirse en ciertos planes está de acuerdo en que ciertos reclamos (que pueden incluir los reclamos por negligencia de práctica médica) sean decididos mediante un arbitraje neutral obligatorio. Los miembros renuncian a su derecho a un juicio por jurado o ante un tribunal. El **Manual de Healthy Families** incluye información sobre cada plan y el requisito de arbitraje. Puede llamar a los planes que escoja para recibir más información.

SECCIÓN F: Firma y certificación.

64 **Certifico** que he leído y comprendo la información anterior. **También certifico** que la información que he dado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____
(Si la persona firmó con una cruz)